

**Comisión de Relaciones Humanas de Allentown  
Cuestionario de discriminación laboral**

**1. INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL RECLAMANTE**

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Calle

Apt.

Ciudad

Estado

Código postal

Número de teléfono: (C) \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

(T) \_\_\_\_\_ ¿Podemos llamarte al trabajo  Sí  No

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Nombre, dirección y número de teléfono de una persona que NO vive con usted y sabrá cómo contactarlo:

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Calle

Apt.

Ciudad

Estado

Código postal

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**2. ¿ CONTRA QUÉ EMPLEADOR U ORGANIZACIÓN DESEA PRESENTAR SU QUEJA?**

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Calle

Ciudad

Estado

Código postal

Número de teléfono \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

**NÚMERO DE INDIVIDUOS QUE TRABAJAN PARA EL EMPLEADOR:**

Menos de 4       4 a 16       15 a 20       20 o más

Tipo de negocio \_\_\_\_\_

¿Es el empleador una agencia federal?  Sí  No

**3. DESCRIBA CÓMO FUE PERJUDICADO, Y CUÁNDO, PARA QUE PODEMOS DETERMINAR SI PODEMOS AYUDARLE. \* Marque todo lo que corresponda.**

Escriba la (s) fecha (s) en la que fue perjudicado junto al evento o acción discriminatorio:

- Descargada (o) \_\_\_\_\_  Despedido \_\_\_\_\_  Transferencia forzada \_\_\_\_\_
- No Recordar \_\_\_\_\_  Degradación \_\_\_\_\_  Transferencia denegada \_\_\_\_\_
- Forzado a irse \_\_\_\_\_  Permiso denegado \_\_\_\_\_  Salario desigual \_\_\_\_\_
- Disciplina (Suspensión, Advertencia, etc.) \_\_\_\_\_  Forzado a renunciar \_\_\_\_\_
- Acosto \_\_\_\_\_ \*Complete la pregunta # 7 si tiene acoso

No acomodado debido a su:  Invalidez \_\_\_\_\_  Religión \_\_\_\_\_

**OTROS**, por favor sea específico: \_\_\_\_\_

**4. ¿SIENTE QUE FUE TRATADO DIFERENTEMENTE (DISCRIMINADO EN CONTRA) POR CUALQUIERA DE LAS CARACTERÍSTICAS A CONTINUACIÓN?**

La comisión puede investigar su queja solo si cree que fue tratado de manera diferente y perjudicado debido a su raza, color, religión, ascendencia, edad, sexo, origen nacional, estado familiar, discapacidad o el uso, manejo o capacitación de una guía. o animal de apoyo para ceguera, sordera o discapacidad física. Por ejemplo, si siente que lo trataron peor que otra persona debido a su raza como la razón. Si siente que recibió un trato diferente debido a su raza y sexo, verifique tanto la raza como el sexo. **Solo verifique las razones que explican por qué fue perjudicado.** Además, identifique su raza, color, religión, nacionalidad o ascendencia, si fue discriminado en función de esos factores.

- Hombre  Mujer  Embarazada
- Edad (40 o más años solamente): Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_
- Raza \_\_\_\_\_  Color \_\_\_\_\_
- Religión \_\_\_\_\_  Ascendencia \_\_\_\_\_
- Asociación con una persona de una raza diferente a la tuya:  
Tu raza \_\_\_\_\_ La raza de la otra persona \_\_\_\_\_
- Uso de una guía o animal de apoyo \_\_\_\_\_
- Negarse a hacer, participar o cooperar en servicios de aborto o esterilización
- GED  Otra \_\_\_\_\_
- Tengo una discapacidad. (por favor complete #8)

El empleador me trata como si estuviera discapacitado.

Tuve una discapacidad en el pasado. (por favor complete #8)

Tengo una relación o asociación con alguien que tiene una discapacidad. (complete #8).

**REPRESALIAS**

Si cree que fue perjudicado porque se quejó de lo que creía que era discriminación ilegal, porque presentó una queja sobre discriminación ilegal o porque ayudó a otra persona a quejarse de discriminación, complete la siguiente información.

Fecha en que presentó una queja ante la Comisión de Relaciones Humanas de Allentown\_\_\_\_  
Si presentó una queja ante otra agencia, indique el nombre y la fecha de presentación de la agencia:\_\_\_\_\_

Fecha en que se quejó de discriminación a un gerente:\_\_\_\_\_

Fecha en que ayudó a alguien a quejarse de discriminación \_\_\_\_\_

**5. ¿CUÁNDO FUE CONTRATADO O CUANDO SOLICITÓ UN TRABAJO CON EL EMPLEADOR?**

Fecha en que te convertiste en empleado:\_\_\_\_\_

Puesto para el que fue contratado:\_\_\_\_\_

¿Cuál era su posición en el momento en que sufrió daños? \_\_\_\_\_

Si buscaba ser contratado por un empleador:

¿Cuándo solicitaste?\_\_\_\_\_ ¿Cuándo supiste que no te contrataron?\_\_\_\_\_

**6. DIGA LAS RAZONES QUE EL EMPLEADOR LE DIO ACCIONES QUE LO LASTIMO.**\_\_\_\_\_

¿Quién le habló sobre el razonamiento del empleador para la acción? Incluya el título de su trabajo. \_\_\_\_\_

¿Cuándo se le informó sobre las medidas tomadas en su contra? (Fecha o fechas) \_\_\_\_\_

Si no recibió ninguna razón, marque aquí.

Con respecto a cómo sufrió daños, identifique a una persona o personas que fueron tratadas mejor que usted. Por ejemplo, como **empleado masculino** usted fue disciplinado por una violación laboral, pero una **empleada** que cometió la misma violación no fue disciplinada.

Nombre del empleado – Primero y último (si se sabe)

---

¿Cómo es esta persona diferente de ti? Por ejemplo, ¿cuál es su raza, edad, religión, etc.?

---

Por favor explique exactamente cómo esta persona fue tratada mejor o de manera diferente a usted. Incluir fechas.

---

---

Si no puede identificar a alguien que recibió un trato mejor o diferente que usted, debe describir un incidente, una declaración, etc., que pueda investigarse y que se relacione directamente con por qué recibió un trato diferente al de otra persona.

---

---

**7. SI MARCÓ UNA DE LAS CUATRO CATEGORÍAS DE DISCAPACIDAD ANOTADAS EN EL NÚMERO #4, RESPONDA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS.**

¿Cuál es tu discapacidad?

---

¿Cuánto tiempo ha tenido esta discapacidad y cuándo comenzó?

---

¿Todavía tienes esta discapacidad?  Sí  No

De ser si, ¿cuánto tiempo más espera tener la discapacidad?

---

¿Qué actividades importantes de la vida tiene usted grandes dificultades debido a su discapacidad? (Marque todo lo que corresponda.)

Viendo  Escuchar  Doblar  Caminar  Levantamiento  Hablar

Girar  Escalar  Correr  Hablar  Estar de pie por largos períodos

Sentado por largos períodos  Cuidar de ti mismo  Pensando  Concentrando

Relacionado con otros

Other Major Otras actividades importantes de la vida (**Se específico**)

Si tuvo una discapacidad en el pasado, ¿cuándo comenzó y en qué fecha terminó?

Si su empleador lo trata como si estuviera discapacitado: ¿Qué discapacidad piensan o creen que tienes?

¿Quiénes son las personas que lo tratan como discapacitado (nombres y posiciones)?

¿Por qué crees que estas personas piensan o creen que tienes una discapacidad?

¿Cómo su empleador se enteró de su discapacidad? \_\_\_\_\_

¿En qué fecha se enteraron de su discapacidad? \_\_\_\_\_

¿Qué gerente / funcionario / agente específico se enteró de su discapacidad? (incluir título o puesto) \_\_\_\_\_

Si está relacionado con alguien que tiene una discapacidad, ¿cuál es su relación con esta persona? \_\_\_\_\_

¿Cuál es la discapacidad de esta persona? \_\_\_\_\_

¿Cómo y en qué fecha se enteró el propietario, el gerente, etc. sobre la discapacidad de esta persona? \_\_\_\_\_

¿Solicitó acomodación o asistencia?  sí  no

Si se selecciona Sí,

- ¿A quién hizo su solicitud? \_\_\_\_\_
- ¿En qué fecha se hizo la solicitud? \_\_\_\_\_
- Describa la acomodación o la asistencia que solicitó y por qué.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿El empleador proporcionó la acomodación o la asistencia solicitada?  sí  no

Si es así, en qué fecha \_\_\_\_\_

¿El empleador proporcionó algún otra acomodación o asistencia en su lugar?  sí  no

En caso afirmativo, explíquelo porfavor. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿El empleador denegó su solicitud de acomodación o asistencia?  sí  no

Si es así, ¿quién negó su solicitud? \_\_\_\_\_

¿En qué fecha se denegó la solicitud? \_\_\_\_\_

¿Qué razón se le dio para la negación? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**7. SI VERIFICÓ QUE FUERON ACOSADO BAJO EL NÚMERO 3, RESPONDA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS TAN COMPLETAMENTE COMO ES POSIBLE.**

Nombra las personas que te acosaron: \_\_\_\_\_

Su posición o título profesional. \_\_\_\_\_

¿Cuándo fuiste acosado? fecha de inicio \_\_\_\_\_ Fecha de finalización \_\_\_\_\_

¿Sigue el hostigamiento?  sí  no

¿Con qué frecuencia ocurrió el acoso? Con lo mejor posible, indique la fecha, mes y año de cada incidente y con qué frecuencia ocurrieron las acciones de acoso.

Solo una vez \_\_\_\_\_  Una vez al día \_\_\_\_\_

Varias veces al día \_\_\_\_\_

Múltiples veces / semana \_\_\_\_\_

Múltiples veces / mes \_\_\_\_\_

Proporcione dos o tres ejemplos del acoso que experiment \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Considera que alguno de los actos de hostigamiento anteriores es especialmente grave u ofensivo?  sí  no, Si es así, ¿por qué? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿El acoso tuvo un efecto negativo o dañino en usted o su salud? Si es así, explique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Te quejaste a alguien sobre el acoso?  sí  no

¿A quién te quejaste? \_\_\_\_\_

Nombre

Posicion o Titulo

¿En qué fecha te quejaste? \_\_\_\_\_

¿Se detuvo el acoso después de que te quejaste?  sí  no

Si terminó, ¿en qué fecha se detuvo? \_\_\_\_\_

Después de que se quejó, ¿se tomaron otras medidas contra usted? (por ejemplo: desalojo, servicio denegado, etc.)  sí  no

¿Cuáles fueron las acciones? \_\_\_\_\_

¿En qué fechas ocurrieron? \_\_\_\_\_

¿Quién tomó la acción contra ti? \_\_\_\_\_

¿Sabía esta persona que te quejaste del acoso?  sí  no

Identifique a alguien que sea diferente a usted y que haya sido tratado mejor:

Nombre

Posicion o Titulo

Razón por la que fueron tratados mejor que usted como se discutió en el punto #4 anterior:

¿Cómo fueron tratados mejor con respecto al acoso? \_\_\_\_\_

**8. ¿HA PARTICIPADO EN ALGUNA ACCIÓN JUDICIAL RESPECTO A ESTE ASUNTO? (ACCIÓN JUDICIAL INICIADA POR USTED O CUALQUIER OTRO). SI ES ASÍ, POR FAVOR ESPECIFIQUE EL CORTE Y LA FECHA PRESENTADA, LO MEJOR DE SU MEMORIA.**  sí  no

Corte

Ciudad

Condado

Estado

Fecha archivado

**9. SI HA PRESENTADO ESTA QUEJA CON CUALQUIER OTRA AGENCIA LOCAL, ESTATAL O FEDERAL, POR FAVOR CONTESTE LO SIGUIENTE:**

Nombre de la agencia con la que presentó: \_\_\_\_\_



